

# MR I 検査を安全に受けて頂く為の説明書

**\*よくお読みの上、「MR I 検査事前確認書」をご記入ください**

MR I 検査について：MR I は、強力な磁石と電波を使用して、体の中のいろいろな方向の断面像を撮影する検査です。X線検査のような放射線による被ばくはありませんが、日常にはない強い磁場と電波を使いますので、検査する部位に関係なく、体内に金属がある場合など検査を受けることができない方があります。安全に検査を受けていただくため、以下の注意をよくお読みいただき、「MR I 検査事前確認書」にご記入ください。

**「はい」のものがあれば、必ず問診時に主治医へ申し出てください。**

1. 今までに、MR I 検査を受けたことがありますか？

今回の検査部位に関係なくMR I 検査を受けたことが有るか無いかご記入ください。

2. 今までに、手術を受けたことがありますか？

対象は検査部位に関係なく全身で手術を受けた部位が有ればご記入ください。

3. 次のようなものが体内にありますか？あてはまるものが有れば○で囲んでください。

**体内にあれば検査を受けることができない方**

1)心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、神経刺激装置、骨成長刺激装置、人工内耳などのような電子機器やそのワイヤーが体内にある方

2)弾丸や眼球内の鉄粉などの、金属の異物が体内にある方（顔面の外傷や溶接作業などで眼球内に鉄粉が入っている可能性があると思われる方は主治医とご相談ください）

**体内にあっても、手術をした主治医の許可があれば検査できる方**

3)脳動脈瘤クリップ、脳外科で手術されたシャントチューブがある方

4)磁石で装着する義眼、磁石で装着する義歯のある方

5)血管内コイル・ステント，心臓の人工弁

6)ポート（皮下埋め込み型）

7)ハローベスト（埋め込み式脊椎固定具）

8)外科手術による人工関節などの体内金属

**\*必ず手術をした医師または病院に「3.0T(テスラ)MR I 検査を受けて大丈夫ですか」と問い合わせた上で、その病院名・医師名のご記入をお願いします。**

4. いれずみやアートメイクの部分が検査をしてやけど(水ぶくれ)を起こした例があります。主治医とご相談ください。  
持続血糖測定器・自動インスリン注入器などの機器、ニコチネル・ニトロダームなどのほり薬、カラーコンタクトレンズは皮膚や角膜に発熱の危険性があるため、はずして検査をする必要があります。はずす用意(コンタクトレンズ用品など)や再使用できないもの場合は予備を持ってきてください。補聴器を使用している方は、はずして検査を受けてください。(補聴器が壊れます)
5. 指輪やピアスははずしてください。はずれないようでしたらつけたまま検査しますが、検査中に異常(熱感など)を感じる可能性がありますので、異常を感じたらすぐに申し出てください。  
現在(2000年以降)の通常手術で用いられる、体内の金属(3の項以外)については危険がないと言われてはいますが、入室時や検査中に異常を感じた場合はすぐに申し出てください。また、このような金属で画像のゆがみを生じることがあります。
6. 検査装置の中は非常に狭いため、閉所恐怖症の方は検査できないことがあります。検査の種類によって、工事現場程度の騒音が起こります。
7. 磁場の人体に及ぼす影響はほとんど無いと言われてはいますが胎児、に関しての安全性は保証されていませんので、特に必要な場合以外は行いませんので、検査の必要性について主治医とよくご相談ください。
8. アイシャドーやマスカラなど、アイメイク用の化粧品は鉄粉を含んでいる場合があります。やけどの危険性があります。アイメイクを落として検査を受けていただきます。クレンジングなどを持参、またはアイメイクをせずに来院してください。  
また、UVケア用品・制汗剤にも金属成分が含まれているものがあります。できるだけMRI検査前の使用は控えてください。
9. 衣服の材質により検査中に発熱しやけどの原因になる場合がありますので、検査時は検査衣に着替えていただきます。着脱しやすい服装でお越しください。下着類はラメ入りの模様や飾りがあるもの、金属がついているもの、ヒートテック素材のものは付けて検査室へ入れませんので、脱いでから検査衣に着替えていただきます。ヘアピンかつら、アクセサリ類、はずせる入れ歯、エレキバンなどもはずしていただきます。

この説明書、別紙の「MRI検査事前確認書」についてわからないことや、気になることがありましたら、主治医または受診されている診療科までお問い合わせください。



# M R I 検 査 事 前 確 認 書

「MRI検査を安全に受けて頂く為の説明書」をよく読んでご記入ください 「はい」の場合は空欄に記入、または当てはまるものを○で囲んでください		現在の 体重 _____ Kg
1. 今までに、MRI検査を受けたことがありますか？ ( _____ 年 _____ 月頃に 頭・他の部位( _____ )・の検査を受けた)		はい ・ いいえ わからない
2. 今までに、身体の何処かを手術を受けたことがありますか？ ( _____ 年 _____ 月頃に _____ の手術を受けた)		はい ・ いいえ
3. 次のようなものが体内にありますか？あてはまるものが有れば○で囲んでください。		
1)心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、神経刺激装置 骨成長刺激装置、人工内耳、その他の電子機器やそのワイヤー		はい ・ いいえ
2)手術以外の金属異物 (弾丸や眼球内鉄粉など)		はい ・ いいえ
1)または2)に「はい」の方は、検査できません。		
3)脳動脈瘤クリップ、脳外科で手術されたシャントチューブ		はい ・ いいえ
4)磁石で装着する義眼、磁石で装着する義歯		はい ・ いいえ
5)血管内コイル・ステント , 心臓の人工弁		はい ・ いいえ
6)ポート (皮下埋め込み型)		はい ・ いいえ
7)ハローベスト (埋め込み式脊椎固定具)		はい ・ いいえ
8)外科手術による人工関節などの体内金属		はい ・ いいえ
3)～8)で「はい」の方は、手術をした医師の許可がないと検査できません。手術を受けた 医師または病院に「3.0T(テスラ)MRI検査を受けて大丈夫ですか？」とご確認ください。 MRI検査可能と言われた病院名、医師名		
_____ 病院名 _____ 医師名 _____		
4. いれずみやアートメイク やけど(水ぶくれ)の危険性があります。再度、担当医とご相談ください。		はい ・ いいえ
9)持続血糖測定器・自動インスリン注入器などの、体表に装着する機器		はい ・ いいえ
10)ニコチネル・ニトロダームなどのはり薬		はい ・ いいえ
11)カラーコンタクトレンズ、補聴器、入れ歯		はい ・ いいえ
12)カイロ、磁気健康グッズ		はい ・ いいえ
9)～11)で「はい」の方は、皮膚や角膜に発熱の危険性があり、はずして検査します。		
5. はずれない指輪やボディピアス、おき針、その他の金属		はい ・ いいえ
5. のようなものがある場合、入室時や検査中に異常を感じた時はすぐに申し出てください。		
6. 押し入れくらいの狭いところでは不安に襲われますか？		はい ・ いいえ
7. 妊娠していますか？ 現在 ( _____ ) 週		はい ・ いいえ
MRI検査に関して質問があれば記載してください。		
確認書 記入日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	記入者 氏名 _____ [ 本人 ・ 家族 (続柄 _____) ・ 施設職員 ]

(以下医療者側記入欄)

<p>上記内容について確認しました。</p> <p>※項目3 3)～8)で「はい」にチェックがあっても病院名および医師名が記載されていない場合は、主治医が2018年4月以降に当院で今回撮影予定部位と同部位のMRI撮影が施行されていることを確認しています。</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日 主治医</p>	<p>★ 確認書記入日から検査日までの間に、 上記項目に変更が無いことを確認した。</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>担当医 _____</p>
--	---